

Betreff: **Gesundheitliche Eignung**

Frau/Herr ....., geb. am .....  
möchte an unserer Schule die Ausbildung zum Fach-Sozialbetreuer bzw. zur Fach-  
Sozialbetreuerin mit dem Ausbildungsschwerpunkt **Behindertenarbeit (inkl. Pflegeassistenz-  
Ausbildung)** absolvieren.

Als Voraussetzung für die Aufnahme in die Ausbildung ist nach § 10 (2) 2. PA-PFA-AV die  
erforderliche gesundheitliche Eignung für die Erfüllung der Berufspflichten in der  
Pflegeassistenz nachzuweisen.

- Die erforderliche gesundheitliche Eignung ist gegeben.
- Die erforderliche gesundheitliche Eignung ist nicht gegeben.

Anmerkungen:

.....

.....  
Datum

.....  
Unterschrift und Stampiglie